

**Besvaras alltid**

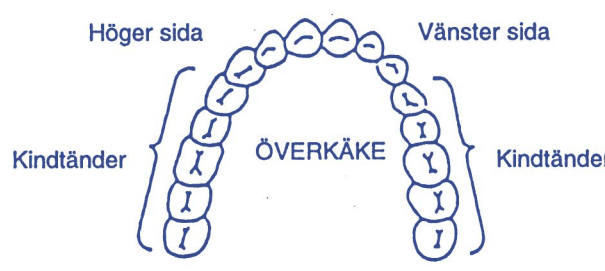

Arbetsgivarens/föreningens namn		Gruppvartal nr	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	Telefonnummer (även riktnr)	
Gruppmedlems namn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer och ort		
Försäkrat barn	Personnummer		
Är barnet folkbokfört på samma adress som gruppmedlem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om svaret är "Nej", ange vem som är barnets biologiska förälder. <input type="checkbox"/> Gruppmedlem <input type="checkbox"/> Medförsäkrad	
<b>Utbetalning önskas insatt på vårdnadshavarens</b>			
Önskas insatt på <input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
Önskas insatt på <input type="checkbox"/> Personkonto	Kontonummer		
Finns försäkring i annat bolag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket bolag?	Försäkring nr	Har skadan anmälts dit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**Besvaras vid olycksfall**

Vilket datum inträffade olycksfallet? <input type="checkbox"/> I skolan/på arbetet <input type="checkbox"/> På fritiden <input type="checkbox"/> På väg till/från skolan/fritidshemmet/daghemmet/arbetet			
Hur gick olycksfallet till? Var hände det? .....			
Vilka kroppsskador (samtliga) blev följden?			
När anlätades läkare? (Datum)	Läkarens namn och adress		
Vilken läkare anlitas nu? Läkarens namn och adress			
Har barnet vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket?	Fr o m - T o m	
Befaras framtida invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är behandlingen avslutad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", ange datum	
Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - när och på vilket sätt:			Anlätades läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilken läkare samt ev sjukhus (namn och adress)			

**Vid behov av särskild transport tur och retur skolan/arbetet ska läkarintyg bifogas!**

**Besvaras vid tandskada** OBS! Intyg från tandläkare ska inte sändas till Länsförsäkringar!

		<input type="checkbox"/> Mjölktänder	<input type="checkbox"/> Permanenta tänder
Höger sida	Vänster sida		
			

**Försäkringsgivare**

## Besvaras vid sjukdom

Sjukdomens namn (diagnos)?		
När märktes de första symtomen? Datum	När anlätades läkare första gången för nu anmäld sjukdom? Datum	
Läkarens namn och adress samt sjukhusets och klinikens namn och adress		
-----		
Har barnet varit intagen på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", vilket?	Fr o m - T o m
Vilken BVC tillhör/tillhörde barnet?		
Har barnet tidigare lidit av liknande sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om "Ja", när?	Anlätades läkare då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om "Ja", vilken läkare samt ev sjukhus (namn och adress)		
Vilken läkare anlitas nu?		
Sjukhusets och klinikens namn och adress		
Vid medicinsk behandling, vilken slags behandling?		
Hur är barnets nuvarande hälsotillstånd? <input type="checkbox"/> Ej återställt <input type="checkbox"/> Återställt sedan	Datum	

## Underskrift (Om anmälan avser omyndigt barn, underskrift av vårdnadshavare.)

<b>Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.</b>		
Ort och datum		
Namnteckning	Telefon-/mobilnummer	E-post

## Gruppföreträdarens uppgifter vid självadministrerade avtal

<b>För självadministrerade avtal ska nedanstående frågor besvaras av företrädaren för gruppen (besvaras inte av den försäkrade). UPPGIFTERNA SKA AVSE FÖRSÄKRINGENS OMFATTNING VID SKADETILLFÄLLET.</b>					
<b>När anslöts barnet till försäkringen?</b>					
<input type="checkbox"/> Barnolycksfall	Datum	Invaliditetskapital	<input type="checkbox"/> Barnsjuk	Datum	Invaliditetskapital
Premie betald till den	Premie betald vid skadetillfället <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum	Gruppföreträdarens underskrift		

## Gruppföreträdarens underskrift

Ort och datum	Premie betald till och med ..... / ..... 200.....
Gruppföreträdarens namnteckning	Namnförtydligande

## Personuppgiftslagen (PuL)

De personuppgifter som du lämnar till Länsförsäkringar behandlas i enlighet med personuppgiftslagens regler. Mer information om vår behandling av personuppgifter finns i försäkringsvillkoren och på vår webbplats lansforsakningar.se.
--

### Blanketten skickas till:

Länsförsäkringar  
Sjuk- och Olycksfallsskador  
106 50 Stockholm

**OBS! Utgifterna ska styrkas med originalkvitton och/eller med intyg om utbetald ersättning från vårdgivare/landsting.**

**Glöm inte att utnyttja högkostnadsskyddet, närmare information finns hos din vårdgivare.**